

## A GYOMORHURUT.\*

Írta: ENGEL RUDOLF dr. egyetemi rk. tanár.

A gyomor pathológiájának az utolsó két évtized alatt kifejlődött, szinte áttekinthetetlenül nagy irodalmát nézve kétségtelen, hogy ennek legactualisabb, legtöbbet vitatott kérdése a gyomorhurut. Lezártnak még ma sem tekinthetjük e vitát, bár több alapvető megállapítása általánosan elfogadott. A részben elméleti, részben gyakorlati jelentőségű problémáknak mind újabb sorai merülnek föl, mind újabb részletek várnak tisztázásra s így ma is nagyon nehéz még kielégítő véleményt alkotni a kérdés lényegéről. Nem célom a vita részletes irodalmi tárgyalásával foglalkozni, csupán rövid áttekintést adni mindarról, minek gyakorlati jelentősége van.

A *gastritis* fogalmával, mint körjelzéssel, már a XVIII. században találkozunk, *Morgagni* adja 1761-ben első kórbonctani leírását, igazi jelentősége azonban csak *Broussais*-vel kezdődik 1808-ban, ki *Bichat* azon elvének kívánva eleget tenni, hogy klinikai tünetek alapján határozott morfológiai, kórbonctani körjelzésre kell jutni, jut el így alapon a gyomorhurut fogalmához. Sajnos, kiindulási pontja teljesen téves lévén, az általa hurutosnak tartott elváltozásokról rövidesen kiderült, hogy nem az életben keletkezettek, hanem halál utáni önmérsztődés következményei. Ezzel azután a gyomorhurut kérdése hosszú időre a feledés homályába merült. Midőn *Kussmaul* 1867-ben bevezette a gyomorsondát a diagnostikába, teljesen a functionalis irányzat került előtérbe és a gyomor kórtaiban ettől kezdve a különböző elválasztási zavarok típusai képeztek önálló képeket. Ezeket mint nagy gyűjtőfogalom, az *idült dyspepsia* foglalta össze. Az anatómiai alap teljes háttérbe szorítását még jobban betetőzte *Leube* nagy és általánosan elismert tekintélye, ki a dyspepsiák túlnyomó részét ideges eredetre vezette vissza s így eleve kizárta szervi elváltozások jelentőségét. A nervosus dyspepsiának ily túlértékelt nagy jelentőségén az első érzékeny rést *Moynihan* angol sebésznek a duodenalis fekélyről szóló munkája vágta, mely azonban 1913-ban, tehát közvetlenül a világháború előtt jelenvén meg, csak hosszú évek múlva lett közkinccsé, beigazolvva azt, hogy oly hosszú időn át functionalisnak tartott kórképek igen nagy számának súlyos organikus eltérés képezi alapját. Az 1920-as évek elején kezd így újból szerepelni a gyomorhurut mint önálló betegség s *Faber* és munka-

\* Közlemény a m. kir. Ferenc József tudományegyetem belgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: *Rusznayk István* dr. egyetemi ny. r. tanár.)

A szegedi orvosi továbbképző tanfolyamon 1936. május 24-én tartott előadás.

társainak 1924-ben megjelent, a gyomor-bélhuzam betegségeit tárgyaló monographiája már tekintélyes fejezetet szentel e kérdésnek. Általánoson azonban még ekkor sem fogadják el jelentőségét. Könnyen érthető ez, ha számolunk a nehézségekkel, melyek a gyomor-nyálkahártya szöveti vizsgálatának útjában állanak, s melyeket csak akkor sikerült legyőzni, midőn a gyomorfekély sebészi kezelésében a nagy, széles resectio jött divatba s megadta így a lehetőségét annak, hogy nagyobb terjedelmű, jóformán in vivo rögzített gyomorrészeket kerüljenek szöveti vizsgálathoz. Kiegészítette ezt hullaanyagának vizsgálata azzal a műfogással, hogy halál után közvetlenül rögzítő folyadékkal töltve ki a gyomrot, sikerült kellően meggátolni a gyomornedv halál utáni emésztő hatását. *Konjetzny* és munkatársainak elévülhetetlen érdeme, hogy e módszerekkel kiterjedt, rendszeres kutatásokat végezve a gyomorhurut problémájának legfontosabb kérdéseit megoldották. Eredményeiket *Aschoff* is magáévá tette. Sokban előrevitte a gyomorhurut klinikumát két vizsgáló eljárásnak fejlődése, gondolok itt elsősorban a gyomor röntgendiagnostikájában *Åkerlund* és *Berg* eredményeire, valamint a gyomortükrözésnek, gastroskopiának térhódítására, mely *Schindler*, *Henning* és *Gutzeit* munkássága alapján vált jelentőssé.

Ha végigtekintünk a gyomorhurut kérdésének legújabb irodalmán, önkénytelenül az a gondolatunk támadhat, hogy amennyire túlzás volt évtizedeken át tagadni e bántalom létezését, talán éppen annyira túlzás az az irányzat, mely ma szinte egyeduralkodóvá igyekszik tenni a gyomor kórtanában. *Henning*, e kérdésnek egyik legalaposabb ismerője, azzal a kijelentésével akarja kellően kiemelni jelentőségét, hogy minden gyomorbajos beteg egyuttal gyomorhurutban is szenved. *Katsch* ezzel kapcsolatban igen feltűnőnek tartja, hogy mily kevésbé van párhuzam a gyomorban anatómiai körjelzésként megállapítható gastritis súlyossága és a beteg panaszai között. Szerinte sokkal több egyénnél lehet a mai modern vizsgáló eljárásokkal gyomorhurutot megállapítani, mint ahánynak erre vonatkozó panaszai vannak. Éppen olyan ellentétet találunk itt is az anatómiai és functionális körjelzés között, mint oly sok helyen a belgyógyászatban. Kétségtelen, hogy vizsgáló eljárásaink folytonos tökéletesítésével mind több és több esetben fogunk oly csekély anatómiai eltéréseket is fölismerhetni, — s ez áll nemcsak a gyomorhurutra, de majdnem valamennyi más szervünk megbetegedéseire is — melyeket egyáltalán nem kísér semmilyen működési zavar, melyeket nem jelez a vizsgált egyén részéről semilyen panasz vagy betegségérzet. Hogy csak egy nagyon közismert példát említsünk: *Bergmann* «vérnyomásbetegsége» jólismert és körvonalazott kórkép, melynek egyik jellemző, mondhatni alaptünete az üteres vérnyomás emelkedése, melynek fokát, súlyosságát mégsem lehet, mint ahogyan, sajnos, nemcsak betegeink, de még orvosok között is nagyon elterjedt, egyszerűen higany milliméterekben mérni. Hiszen hány és hány ember él és végzi mindennapi munkáját magas vérnyomás mellett a nélkül, hogy egyáltalán tudna betegségéről, s hányszor találkozunk aránylag kis vérnyomásemelkedés mellett súlyos tünetekkel, végzetes szövődeményekkel. Igen nehéz így állást foglalni abban, hogy főnnálló anatómiai eltérések mellett hol kezdődik klinikai értelemben a betegség fogalma. Elégedjünk meg a gyomorhurut problémájával kapcsolatban annak leszögezésével, hogy nem szabad most az ellentétes túlzásba esve minden csekély gyomoreltérés mellett a gastritis klinikai körjelzését is fölvennünk.

Az idült gyomorhurutos elváltozások nagy gyakoriságát azonban kórbonctani statisztikák is igazolják. Így a bécsi Ferenc József-kórház prosecturájának egyévi anyagában *Lehmann* csak 10 esetet talál, hol nem volt gastritis kimutatható. Klinikai statisztikák ugyancsak mindeütt nagy százalékot mutatnak, egész addig a túlzásig, hogy bizonyos életkoron (40—50 év) túl 100 %-ra is teszik gyakoriságát. Klinikánk járóbetegrendelésén 536 gyomorpanaszok miatt vizsgált egyén közül 309, tehát 58 % mutatott gyomorhurutra utaló tüneteket, míg gyomor- vagy nyombélfekélyt csak 45-nél, tehát 8.5 %-ban találtunk. Mivel pedig összes ulcusos betegünk is mutatott gyomorhurutot, végeredményben beteganyagunkon 66.5 %-ra kell tennünk gyakoriságát.

A betegség gyakoriságának életkor szerinti megoszlásában egyes szerzőknél igen ellentétes adatokat találunk. Míg *Henning* anyagában a fiatalabb felnőttek állanak előtérben, 20 és 30 év között, addig *Zweig* az 50-es években látja a legtöbb esetet. Nem szerint nincs jelentősebb különbség egyik statisztikában sem, azt a többletet, mit férfiaknál a nikotin és szeszszel való élés okoz, kiegyenlíti nőknél egy gyakori kórok: az obstipatio, illetőleg a hashajtószerekkel való visszaélés.

Kórbonctanilag *heveny és idült* alakját különböztetjük meg a gyomorhurutnak. Ezek éles elkülönítése azonban nagyon nehéz, sokszor nem is sikerült tekintettel arra, hogy a bántalomnak recidivára való nagy hajlama miatt igen gyakran találhatunk idült elváltozások mellett hevenyeket, általában ritka az, hogy az egész gyomor egységes képet mutasson, góciókban, szigetekben, a legtarkább össze-visszaságban keveredhetnek egymással heveny, félheveny és idült folyamatok. Még jobban tarkíthatja a képet az a körülmény, hogy az idült gyulladás végső következményeként föllépő sorvadásos, illetőleg túltengéses állapotok is társulhatnak hozzá, melyek ugyancsak nem egységesen, hanem szeszélyesen szétszórt góciókban mutatkoznak. *Aschoff* az idült gastritis egy különleges alakjaként az ú. n. *átalakulásos gyomorhurutot* emeli ki, melynek morfológiai lényege a gyomor egyes részeire jellegző mirigyállományok átalakulása. Ennek folytán a pylorikus részben nyombélmirigyek lépnek föl, az intermediaer mirigyek fölvándorolhatnak a fundusba, a gyomor testében pylorikus mirigyek mutathatók ki nagy számban, rendszeren szigeteket képezve. Sokszor a kiscsőbület egész területét is vékonybélmirigyek foglalják el. Így fokozatosan a gyomor fajlagos sav-elválasztó mirigyállományával ellentétben alkalikus, nyákos váladékot termelő mirigyállomány lép túlsúlyba. Hogy ennek a gyomor-elválasztó működése szempontjából mily súlyos következményei vannak, nem kell külön hangsúlyoznunk.

Kórszövettanilag a gyomorhurutnál egy valódi gyulladás összes szöveti tüneteit megtaláljuk, vérbőséget, vizenyősséget, izzadmányképződést, a közti szövet sejtes beszűrődését, a hám és mirigyállomány pusztulását, végül regeneratív folyamatokat, melyek részben a mirigyes állomány túltengéséhez, részben annak pusztulása után elvékonyodó, sorvadásos nyálkahártya képződéséhez vezetnek. A régen alaktanilag oly élesen elkülönített hypertrophiás és atrophias gastritis így lényegében azonos folyamatnak következménye, s mivel végeredményben minden idült hurut végül is sorvadáshoz vezet, úgy is mondhatjuk, hogy e két kép ugyanazon kórfolyamat különböző stadiumainak felel meg. Szövetileg tehát a gastritis nemcsak a hám és mirigyes elemekre korlátozott, hanem a közti szövetre is, rendszeren eléri, sőt magába is

vonja a muscularis mucosae egész a gyomor izomrétegére is terjedve. A leírt szöveti jelenségek következményeként igen gyakran képződnek a gyomor nyálkahártyájában kisebb-nagyobb hámlások, a nyálkahártyának ún. *erosiói*, melyek keletkezhetnek a mirigyek között kiemelkedő kis hámlécek tetején vagy a mirigyes állomány mélyebb rétegében, sokszor éppen a mély csöves mirigyek tágult, legmélyebb részletében. E hámlásokon át több-kevesebb sejtes elemből és folyékony szöveti nedvből álló izzadmány nyomulhat ki a hám felületére vagy a mirigyek ürtérébe. Általánosan elfogadott álláspont az, mely ma az *erosiókat* a gyomorhurut kórtanának előterébe állítja. Hogy e kifoszlások a nyálkahártya már ismertetett lobos beszűrődésével állanak közvetlen oki összefüggésben, az nem kétséges, jelentőségükre vonatkozólag azonban még megoszlanak a nézetek. Ma ugyan mindjobban tért hódít *Konjetzny* álláspontja, melyet *Aschoff* is teljesen elfogad, hogy e kifoszlások és a kerek gyomorfekély között csupán fokozati különbség van, másszóval, hogy a gyomorfekély ily gastritiszes *erosiók* alapján fejlődik ki. *Hauser* ugyan még ma is élesen tagadja e lehetőséget, de a vizsgálók többsége mind jobban *Konjetzny* véleményét fogadja el s így az ulcust és gastritist lényegében azonos betegségnek fogják föl. Nagyobb a bizonytalanság a kifoszlások keletkezési módjára vonatkozólag különösen abból a szempontból, hogy mily szerepet lehet itt a gyomornedv sósavtartalmának tulajdonítani. *Konjetzny* teljesen tagadja ennek a szerepét, szerinte az *erosio* képződésének elsődleges folyamata nem is a nyálkahártya felületén, nem a hámban, hanem rendesen a nyálkahártya mélyebb rétegében és a kötőszövetes mirigyközi állományban játszódik le, innen terjed másodlagosan a felületre és pusztítja el a hámot. *Büchner* és *Moszkowicz* épp ellenkezőleg az *erosiók* okát a gyomornedv maró hatásában keresik, másodlagosnak tekintve az *erosio* körüli lobos reactiót. Közvetítő állásponton van *Kauffmann*, ki mérgező fehérjebomlástermékeknek a gyomor nyálkahártyáján történő kiválasztódását tekintti a hámfoszlások közvetlen okozójának, másodlagosan azonban elfogadja a gyomornedv sósavának edző hatását. Általános azonban ma az álláspont, hogy az *erosiók* kifejlődésének jellemző klinikai tünetcsoport nem felel meg, nem alkot ez külön kórképet, az idült gastritis tünetei alatt folyik le a hámfoszlások keletkezése, gyógyulása és kiújulása, rövid idő alatt, egyik napról a másikra keletkezhetnek és tűnnek el így e kis *erosiók*, nem ismerjük azonban még ma sem a tényezőket, amik egyszer gyógyulásra bírják, máskor meg idült gyomorfekély kifejlődése irányában befolyásolják e folyamatot. Tény az, hogy fennálló gyomorfekély mellett mindenkor találunk súlyos hurutos elváltozásokat is, nemcsak a fekély közvetlen környékén, hanem attól távolabb, sokszor a gyomor egész területén.

*Orator* vizsgálatai azt mutatták, hogy alaktanilag a gyomorban két nagy csoportját különíthetjük el a gastritisnek: egyiknél az elváltozások főleg az antrum pylorira szorítkoznak, a másikonál egyaránt elfoglalják pylorikus részt, corpust és fundust és így az *antrum-gastritis*szel ellentétben joggal viseli a *pangastritis* nevet. Míg az előbbi a pylorus és kisgörbület fekélyeinek rendes kísérője, addig az utóbbi különösen a sorvadásos idült hurut megjelenési alakja. Vitatott kérdés így, hogy e két nagy megjelenési alak nem képez e lényegében is különböző betegséget. Vajjon nem úgy van-e, mint azt különösen *Kalk* tartja valószínűnek, hogy az antrum gastritis és ulcus azonos betegséget alkotnak, a maguk

jellegzetes ulcusos klinikai képével, tünetcsoportjával, míg a pangastritis szolgáltatná azokat az eseteket, melyekre jellemző a nyálkahártya sorvadása, ennek összes következményes tüneteivel, melyek megfelelnek az idült gyomorhurut mindennapos képének. *Konjetzny* és *Kaufmann* vizsgálatai és állatkísérletei alapján azonban valószínűbb, hogy a gastritis e két nagy csoportja között nincs ily lényegbevágó különbség, a gyomorhurut kiindulópontja rendszeren az antrumban van, onnan terjed át a gyomor többi részére, a két csoport között így inkább időbeli és intenzitásbeli különbség van csupán. Természetes, hogy a gyomor e két részletének igen különböző működését tekintve az antrum gastritis lényegesen más tünetcsoporttal járhat, mint a kiterjedt pangastritis. Hogy csak a gyomor két legfontosabb működését említsük, a pylorikus rész úgy a motoros, mint a sósavválasztó működésnek indítója, szabályozója, megbetegedése és így izgalmi állapota fokozott sásválasztást, hypermotilitást eredményez, ellentétben a corpus megbetegedésénél oly gyakori savhiánnyal, renyhe peristaltikával.

A gyomorhurut kóroktanánál eltekinthetünk a heveny gyomorhurut, a hétköznapi értelemben vett «gyomorrontás» részletes tárgyalásától. A régebben általános azon felfogással szemben, hogy ez rendszerint bacteriumos fertőzés útján jön létre, ma tudjuk, hogy sokkal inkább intoxicatiók szerepelnek itt, így romlott étel mérgehatása, valamint túltömeges, kellően elő nem készített, esetleg vagyileg izgató, pl. túlfűszeres ételneműek okozhatják. Míg általában a heveny hurutoknak más parenchymás szervek idült gyulladásának aetiológiájában igen nagy a szerepe, az idült gastritisnél ez alig bír jelentőséggel, oly gyakori, vagy oly tartós ingerhatásokra van ugyanis kiváltásához szükség, hogy ezt heveny gyomorrontások alig okozhatják. Ugyancsak eltekinthetünk az igen rossz körjólátot adó, súlyos lefolyású, de szerencsére igen ritka phlegmones gyomorgyulladástól, valamint az öngyilkossági szándékból, ritkábban véletlenül elfogyasztott maró mérgek hatására föllépő fölmaródásos gastritistől.

Az idült gyomorhurutokat kóroktanilag szokás fölosztani *exogen* és *endogen* eredetűekre, a szerint, hogy kívülről bejutott, vagy a szervezetben képződő ártalomra vezethetők vissza. Más fölosztási szempont az *elsődleges* és *másodlagos* hurutok megkülönböztetése. Ennek a jelentősége is azonban inkább csak elméleti. Látjuk ezt már abból, hogy elsődleges hurut fölvétele csupán kizárás útján lehetséges, ha semmi oly kiváltó okot nem tudunk kimutatni, mely másodlagosan gastritishez vezetett. Másodlagos gyomorhurut gyűjtőfogalma alatt különböző úton és módon létrejött állapotokat foglalhatunk össze, ide tartozik a *kísérő gastritis*, midőn a gyomor-bélhuzam vagy más szervrendszerek megbetegedéseihöz csatlakozik gyomorhurut, ide számítják egyesek a *Westphal* és *Kukukkk* által mint «izgalmi gyomor» leírt kórképet, hol lényegesebb anatomiai eltérés nélkül találunk gyomorhurutnak megfelelő motilitási és elválasztási zavarokat, idetartoznak azon esetek, hol a szervezetben másutt levő fertőzött góc következtében, mint *második betegség* lép föl a gyomorhurut és végül ide kell sorolnunk az ú. n. *kiválasztási, eliminációs gastritist*, melynél akár exogen, akár endogen mérgek kiválasztása folyamán betegszik meg.\*

Ha végigtekintünk azokon a betegségeken, melyek a fentiek szerint secundaer gastritist válthatnak ki, azt látjuk, hogy jóformán nincs oly szervünk, melynek kóros elváltozásai ne lehetnének hatással

a gyomorra. Mivel pedig ennek zavartalan működése ugyancsak egész szervezetünkre hatással van, érthető, hogy a nehezen megoldható circulus vitiosusok hosszú sorával kerülhetünk itt szembe, sokszor nem is sikerül tisztáznunk azt sem, hogy melyik szerv megbetegedése az elsődleges.

A gyomor és nyombél, a belenyíló két nagy mirigyes szervünk, a máj és hasnyálmirigy, az epeutak és epehólyag együttesen nem is tekinthetők tulajdonképpen e szempontból különálló szerveknek, oly szorosan összefüggő és egyttműködő rendszert alkotnak, hogy ennek bármelyik része ha megbetegszik, a többire is kifejti hatását. Így látunk gastritist a máj, hasnyálmirigy minden idült bántalmánál, az epehólyag és epeutak gyulladásainál, epekő mellett, sőt az epeutak gyulladással nem járó dyskinesiseinél is. Mint talán legfontosabbat, mert leggyakoribbat külön ki kell itt emelnünk az epekövek jelentőségét, melyek sokszor nem is okozva kifejezett rohamokat, szinte elbújnak a gyomorhurut tünetei mellett s csak cholecystographiával mutathatók ki. A bélhuzam minden idült gyulladása másodlagosan gastritist válthat ki, így idült enterocolitis, dysenteria, chronicus appendicitis, proctitisek. Nagy jelentősége van e szempontból a helminthiasisnak, különösen taenia-gazdák gyomorpanaszai közismertek, de a majdnem ártalmatlannak tartott oxyuriasis is okozhat gastritist. Heveny fertőző betegségek legtöbbje haematogen úton hoz létre gyomorhurutot, külön ki kell itt emelnünk a typhust, dysenteriát és influenzát. A heveny polyarthritisének kérdéses, hogy mi irándó a betegségnek és mi a gyógyszeresen adott salicylkészítményeknek rovására. Idült fertőző bántalmak közül a gümőkór igen gyakran okoz gastritist, nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy az idült tüdőfolyamatoknak sokszor első és hosszú időn át majdnem egyetlen tünete rejtőzhetik el gastritis képeben. Phthisisnél a lenyelt köpetnek is van jelentősége. Idült harmadlagos luesnél is igen gyakori ez a szövődmény, ugyancsak gyakori, hogy a gyomorpanaszok képezik az egyetlen concret tünetet. Idült malariánál ugyancsak majdnem állandóak a gyomor hurutos elváltozásai. Nagy a kóroki jelentősége az oralis sepsis legkülönbözőbb formáinak, paradentosisok, gyökértályogok, granulomák éppúgy okozhatnak gyomorhurutot, mint a tonsillák, garat-, orr- és melléküregek idült lobos megbetegedései. Furunculosis, pyodermák, a húgyutak genyedései ugyancsak szerepelhetnek. A szív-bántalmaknak majdnem állandó kísérő tünete az idült gastritis, mely részben az idült pangás, részben a szív állapota miatt adott digitalis és húgyhajtószerek hatásának következménye. Súlyos elváltozásokra vezet rendszeren az arteriosclerosis, különösen annak a splanchnikus területre localisálódó formái.

Igen jelentős fejezetet képeznek az idült gastritis kóroktanában a különböző idült mérgezések. Régebben az így keletkező gyomorhurutot elsődlegesnek tartották, ma már tudjuk, hogy mind e mérgek nemcsak a gyomrot támadják meg, hanem általános megbetegedést hoznak létre, melynek egyik részjelensége, bár sokszor uralkodó tünete a gyomor hurutja. Első helyen kell itt említenünk az alcoholismust. A különböző töménységű szeszitalokkal való visszaélésnek itt más és más hatása jelentkezhetik. Míg hígabb oldatban (bor, sör) a nyálkahártya izgatásához vezet, hypersecretiót vált ki s idővel túltengéses hurutot, addig töményebb szeszitalok, pálinka- és liqueur-félék a hámfelületet támadják meg, fokozzák annak áteresztőképességét, fölszívódásukkor magukkal ragadnak más toxikus anyagokat, pl. fehérjeemésztési termékeket s így nem-

csak a gyomor, de a fentebb vázolt egész felhastáji szervrendszer súlyos bántalmához vezetnek. Ily italok előbb vagy utóbb sorvadásos hurutot okoznak. A nicotinnal való visszaélésnek úgy heveny, mint idült formája súlyos gyomorzavarokkal jár. A nyálban oldódó nicotin közvetlen hatást is fejt ki, vérbőséget, hypersecretiót okoz. Kevéssé ismert, hogy coffeinnel való visszaélés is okozhat súlyos gastritist, akár gyógyszeresen, akár feketekávé túlzott fogyasztása útján kerüljön felvételre. Idült morfinismus, cocainismus ugyancsak szerepelhetnek. A fém-sók közül ólom, arsen és higany okozhatnak gastritist, az első ipari mérgezés, a másik kettő úgy ipari, mint gyógyszeres mérgezés formájában. Fontos tudni azt, hogy jódkészítmények huzamosabb adagolásánál még kis adagok mellett is súlyos hurut fejlődhetik ki a gyomorban is. Salicyl digitalis- és húgyhajtó-készítmények ily hatását már említettük. Erős fűszerek, mint mustár, bors, ecet ugyancsak okozhatnak gastritist. Már említettük ugyan, de fontosságuknál fogva újólág ki kell emelnünk a hashajtószerekkel való visszaélést. Különösen nagy itt a növényi hashajtók jelentősége annyira, hogy az idült székszorulás mellett majdnem szabályszerűen fönnálló gastritises elváltozásoknál sokkal inkább a gyógyszereket okolják, mint a bélpangást.

A szervezetben belül képződő mérgeanyagok, fehérjebomlástermékek ugyancsak gyakran okozhatnak gyomorhurutot. Ilyent látunk valódi uraemiánál vagy a bőr kiterjedt égési sérülésénél. Súlyos gyomorzavarokkal járhatnak a vérképző szervek megbetegedései. Közismert, hogy Biermer-anaemiának évekkal előremenő tünete lehet achylia gastricával járó gyomorhurut, kifejezett anaemia mellett sohasem hiányzik ez a tünet. De találunk gastritist majdnem szabályszerűen fehérvérűségnél, Hodgkin-kórnaál, valamint a ma még tisztázatlan kóroktanú secundaer anaemiák legtöbb esetében. Az anyagcserebetegségek közül diabetes és köszvény, a belső elválasztású szervek megbetegedései közül Basedow-kór, Addison- és Simmonds-féle betegség járhatnak igen súlyos gyomorelváltozásokkal. Az idegrendszer megbetegedései közül ismertek azok a súlyos gyomorelváltozások, melyek tabeses crisisek kapcsán keletkeznek. Nagyon kevésbé ismert azonban az a tény, melyet különösen Büttner hangsúlyoz, hogy hosszú időn át rejtve maradó agytumoroknak sokszor első és sokáig egyetlen tünete idült gyomorhurut. Hogy lelki tényezőknek mily jelentősége van, az még kétséges, bár sokan igen nagy szerepet tulajdonítanak ezeknek is. Kétségtelen, hogy allergiás alapon is fejlődhetik ki gastritis. Látjuk gyakran, hogy egyes egyének bizonyos, különben másokra ártalmatlan ételekre mindenkor igen súlyos heveny gyomortünetekkel reagálnak, ily ingerek gyakori ismétlődése — tekintettel arra, hogy az allergiás gyomorelváltozások megszűntéhez rendesen hosszú idő, sokszor hetek kellenek — elég hamar idült hurutot válthat ki.

Külön kiemelendő nagy gyakorlati jelentőségénél fogva a gyomor nyálkahártyájának mechanikai ingerlése, mint gastritis igen gyakori oka. Először Beaumont mutatott rá erre, ki gyomorfistulás egyénnél közvetlenül megfigyelhette, hogy durva hús- és kenyérfalatok mily heves lobos izgalmat válthatnak ki. Kétségtelen így, hogy az ételneműek hiányos meg-rágása, legyen annak oka foghíjasság, túlmohó, rágásnélküli nyelés, vagy rendszertelen életmód, szabálytalan időközökben, aránytalan elosztásban való étkezés egyaránt előbb vagy utóbb gyomorhuruthoz fog vezetni. Mint negativumot föl kell említenünk, hogy hőingereknek

aránylag kis jelentősége van és ellentétben a régi általános hittel, bacteriumos közvetlen fertőzések alig szerepelnek.

A gyomorhurut szöveti fejlődésének ismertetésénél már utaltunk arra a viszonyra, mely a hurutos erosiókon át a hurut és fekély között van. Mint ahogy *Konjetzny* és *Aschoff* az ulcus kórokaként mondhatni minden esetben gastritist vesznek föl, ugyancsak ők állapították meg, hogy gyomorfekély mellett minden esetben a gyomor többi, a fekélytől egészen távol eső része is súlyos hurutos tüneteket mutat. A gastritis tehát nemcsak oka, de kísérő betegsége is az ulcusnak. Éppen így *Konjetzny* a gyomorrák pathogenesisében is igen fontos szerepet tulajdonít a gastritisnek, s ha talán eredményei túlzottak is, ma már általánosan elfogadott a tény, hogy a hurutra jellemző szöveti folyamatok alapján megindulhat malignus szöveti burjánzás is. Míg a fekélyes gyomor túlnyomóan hypertrophiás gyulladást mutat (*Orator* antrum gastritise), carcinoma mellett rendszeren atrophias, esetleg kevert, hyperplastikus-atrophias nyálkahártyaelváltozások gyakoriak. A gastritis kérdésének egész jelentősége tulajdonképpen itt domborodik ki a legjelentősebben, hiszen látjuk, hogy a gyomor kórtanának összes vitás kérdésében, így az ulcus—carcinoma közötti összefüggésben is mintegy összekötő kapcsot játszik.

A fekély mellett főnálló gyomorhurut, legyen az akár oka, akár csak kísérője a fekélynek, igen jelentős szerepet kell játsszon ezentúl az ulcus műtéti gyógykezelésénél is. Hiszen oldja meg a modern resectiós műtéti eljárás bármily tökéletesen feladatát, a visszamaradó gyomor-csonk nem fog ép viszonyokat mutatni, így érthető a műtét utáni sok kellemetlenség, melyeket régebben mindig kiújulással igyekeztek magyarázni, de amelyekről ma már tudjuk, hogy legalább részben a visszamaradó gastritisnek következményei. E gastritis pedig, tekintettel a megváltozott anatómiai viszonyokra, még nehezebb gyógyulási hajlamot mutat, mint műtét előtt. Fokozottabban áll ez a resectio nélküli, gastroenterostomiával végzett műtéteknél. Itt az új nyíláson át majdnem állandóan alkalikus-epés duodenalis bennék ömlik a gyomorba, ez a már főnálló gastritises folyamatnak nemcsak gyógyulását akadályozza meg, de jelentősen súlyosbítja is azt. Ma már tudjuk, hogy a gastroenterostomia utáni sok kellemetlenség aránylag sokkal többször az így kifejlődő gastritisre vezethető vissza s nem jejunalis ulcus képződésére, mely aránylag ritka. *Henning* szerint a klinikailag észlelhető legsúlyosabb gastritisek éppen operált gyomroknál fordulnak elő, gyakori itt a hurutos folyamatnak a bélre terjedése, csontvelősérülés kifejlődése s ezzel kapcsolatban akár jelentős vérszegénység. Így nyert anatómiai és functionalis alapon igazolást az a régi felfogás, mely a gastroenterostomiát egymagában is mint betegséget tekintette.

Ha gyomorhurutos betegeink *kórelőzményét* nézzük, újólá ki kell emelnünk a már fentebb említett tényt, miszerint sokkal több embernek van kifejezett gastritises elváltozása, mint ahánynak panasza van miatta. Nem lehet semmi okát találni annak, hogy ugyanolyan, vagy akár súlyosabb elváltozásokkal egyik ember panaszmentes, a másik igen súlyos tüneteket mutat. Kétségtelen, hogy itt az egyéni érzékenységnak is van szerepe más, ma még ismeretlen tényezők mellett. Az ilyen tünetnélküli gyomorhurutosok közül kerülnek ki azok az «érzékeny gyomrúak», kik a legcsekélyebb diaeta hibára súlyos tünetekkel felelnek. Viszont megvan a hajlama a gastritises panaszoknak arra is, hogy feltűnő gyorsan



visszafejlődve, tünetmentességnek adjanak helyet. Amióta a gyomorhurut gyakorisága közismertté lett, sajnos, elvesztettük azt a biztonságot, melyet általános felfogás szerint a gyomorbetegségek körjelzésében a kórelőzmény nyújtott nekünk. A gastritis bizonytalan, nem kifejezett, minden más gyomorbaj utánzó tünetcsoportjai az objectív vizsgálati lelet értékelését állítják előtérbe a subjectív anamnesissel szemben. Szembetűnő ellentéteket találunk így az egyes szerzők adatai között. *Henning* mint legfontosabb tényezőt, az anamnesis aránylag rövid időtartamát emeli ki, ellentétben az ulcusos panaszok régi keletére, ezzel szemben *Büttner* semmi ily különbséget nem tud gastritis és ulcus között tenni.

A panaszok egyrésze általános: sajátos kedvetlenség, levertség, gyöngeségérzés, fejfájások, gyönges szédülés, émelygés jelentkezik. A localis panaszok előtérében a fájdalom áll, de ez sem mutat typusos jelleget. Leggyakrabban egész nap, majdnem állandóan tartó, nem túlhevés, tompa, nyomó fájdalomról panaszolnak a gyomortáján, illetve magasan az epigastriumban, *Porges* epigástralgiája, melyre jellemző, hogy főleg mechanikai tényezők fokozzák, így járás, hajlongás, a fölvevő táplálék feszítő hatása a gyomorra. Étkezés után közvetlenül találunk fokozódást, mely nem heves és nem tartós. Ritkábban ugyan, de más fájdalomtypusokról is hallunk panaszokat akár a régebben fekélyre abszolút jellemzőnek tartott pylorus-syndromáig, melyet éhségfájdalom és evés utáni késői fájdalom jellemez. Ezek adják azokat az eseteket, melyeket *Moravitz* régebben igen találóan ulcus sine ulcere névvel illetett. *Orator* antrum-gastritisénél találjuk mondhatni typusosan ezt a tünetcsoportot s ez vezetett arra, hogy *Strauss*, *Henning*, *Konjetzny*, *Kalk* és a szerzők hosszú sora annak a meggyőződésének ad kifejezést, hogy az ulcusos panaszokat nem is a fekély, hanem a kísérő gastritis tartja fenn s a szerint, hogy ez a gyomor mely részletére localisálódik, találunk pylorikus tünetcsoportot, vagy a gyomor corpus súlyosabb elváltozásainál inkább étkezés utáni korai fájdalmat. A többi gyomorpanasz sem ad jellemző képet. Étvágytalanság nem állandó, rossz szájíz, néha nyálfolyás jelentkezhetik. Gyakori a felbőfögés, sokszor torok- és nyelőcső-égéssel (*Katsch* acidismusa). Hányás aránylag ritka, inkább csak az alkoholos hurutra jellemző, mint vomitus matutinus, bő nyákot tartalmazó kevés reggeli hányás. A széklet viselkedése sem jellemző, makacs szorulástól a gastrogen hasmenésig minden átmenet lehetséges.

Az objectív klinikai vizsgálat igen kevés adatot szolgáltat. A nyelv nem mutat jellemző elváltozásokat, bár *Chevallier* és *Moutier* gastroskoppal végzett vizsgálatai kétségtelenné teszik, hogy elég sok esetben a nyelv nyálkahártyája teljesen azonos képet mutat, mint a gyomoré. Legfeljebb a Biermer anaemiához szabályszerűen társuló súlyos sorvadásos gyomorhuruttal együttjáró sorvadásos *Hunter* glossitis bír határozott diagnostikai értékkel. A has vizsgálatánál a gyomortájéka aránylag kevésbé érzékeny, ez az érzékenység nem körülírt és Head-féle zónákat sem találunk mellette.

A gyomor elválasztó működésének vizsgálata különösen azóta ad értékes adatokat a gastritis körjelzéséhez, mióta a coffeines vagy alkoholos szakaszos próbareggeli használata lett általános. Ennek eredményeit még tovább finomították részben a histamin-injectióra bekövetkező fokozott gyomornedvelválasztás, részben a gyomron át történő neutral-vörös-kiválasztás vizsgálatával. Ezen eljárások segítségével *Katsch* és *Kalk* a

gyomor részletműködésének zavaraként a következő öt fokozatot különböztetik meg:

1. Savelválasztás coffein vagy alkohol hatására.
2. Savelválasztás, mely csak histamin-injectióra indul meg.
3. Neutral-vörös kiválasztás zavara.
4. Histamin-injectióra nem jelentkezik savelválasztás, a gyomor azonban még reagál fokozott nedvelválasztással.
5. Histaminra a nedvelválasztás sem fokozódik.

Kétségtelen, hogy a gyomorelválasztás zavarainak ily részletes elemzése különösen elméleti szempontból sok értékes adatot szolgáltat, talán prognostikai jelentősége is ki fog még alakulni, diagnostikailag azonban ma még nem sok hasznát vesszük, mert általánosan elfogadott a tény, hogy mind e részműködések közül a legérzékenyebb a legrégibb és legelterjedtebb: a savelválasztás. Ennek vizsgálata adja így a legértékesebb adatokat a gyomorhurut körjelzésében is. Bár gastritisnél az összes elválasztási típusok előfordulhatnak, így látunk hyperaciditással, hypersecretióval járó eseteket (gastritis peracida), vagy normalis savviszonyokat, az eseteknek jelentősen nagyobb része, a különböző szerzők adatai 70—75 % között mozognak, csökkent savelválasztást mutat. Chronikus hurutnál hosszabb időközökben végzett ismételt vizsgálatoknál rendszeren ki tudjuk mutatni a hajlamot arra, hogy a savelválasztás e csökkenése a teljes achylia felé fokozódjon. Ebben végre egy olyan functionalis tünetet találunk, mely igen sokszor jó elkülönítést ad a gyomor- és nyombélfekéllyel szemben. Míg a gyomorfekélynél a savhiány aránylag igen ritka, duodenalis fekélynél majdnem sohasem találjuk, addig gyomorhurutnál határozottan ez a gyakoribb. Még az ulcus-gastritisre is jellemző, hogy aránylag hosszú, akár évtizedekre nyúló tartama alatt sem szokott achyliához vezetni s egy oly tény, mely a hurut és fekély közti szoros összefüggést fölvevő kutatók előtt is egy állandó nagy problema, mely jelzi, hogyha lehet is a két betegségnek valamely közös eredete, lényegében kell valami különbségnek is lennie.

Szakaszos próbareggelinél a szabad és összes sav értékeit görbékben tüntetve föl, elég gyakran találunk egy oly tünetet, mely jellemző hurutra. s ez a két görbe, a dimethylamidoazobenzol és phenolphthalein értékek közti szokatlanul széles távolság. Jelzi ez azt, hogy a gyomorbennékben fokozott mennyiségben vannak savkötő anyagok. Régebben a nyáktartalom fokozódásának tulajdonították ezt, ma tudjuk, hogy a gyulladás miatt fokozottan áteresztővé vált gyomornyálkahártya enged át fehérjenemű anyagokat.

A hurut legjellemzőbb tünetének régebben a gyomorbennék fokozott nyáktartalmát tartották. Ma erre vonatkozólag igen eltérőek a nézetek. Míg *Zweig* ma is igen nagy jelentőséget tulajdonít neki, addig *Kalk* a savhiány egyszerű függvényének tartja ezt. Tény az, hogy gastritis legtöbb esetében ki lehet mutatni a fokozott nyáktartalmat, jelentőségét csak növeli, ha úgy az éhgyomri bennékben, mint az összes fractiókban egyaránt megtaláljuk. Természetesen ennek kimutatásánál sok mellékkörülményre tekintettel keil lennünk, különben sok tévedésnek lehetünk áldozatai. A gyomorbennékbe nyák kerülhet a nyelőcsőből, garatból, orrból, légcső és hörgőkből. Míg azonban a gyomoreredetű nyák egyenletesen keveredett a bennékkel s a gyomortartalom átöntésénél a nyákos bennéket alig lehet több részletre választani, a másodlagosan hozzá-

keveredett nyák rendszeren a felületen úszik, bőven keverve van levegőbuborékokkal. Ritkán szorulunk így arra, hogy a nyák sejtes elemeinek vizsgálatával kelljen döntenünk. Ilyenkor a gyomoreredetűben fehérvérsejteket, gyakran ezeknek csak rosszul festődő magjait, az ú. n. *Jaworski*-féle magvakat találjuk, esetleg kis kehelysejteket; a légutakból származóban nagyobb laphámsejteket, meg az igen jellemző szénportartalmú sejteket láthatjuk. A gyomorbennék nyáktartalmának mérésére, helyesebben megközelítő megbecsülésére két eljárást ajánlanak, mindkettő a szűrődési gyorsaság megbecsülésén alapszik. *Strauss* meghatározott nagyságú tölcsérbe illesztett száraz szűrőn 30 perc alatt átsurgó mennyiséget méri, mely normalis gyomorbennéknél  $13\text{ cm}^3$ , míg a nyáktartalom fokozódásával akár  $1\text{ cm}^3$ -ig csökkenhet. *Zweig* az időt méri, mely alatt azonos nagyságú szűrőjén  $2\text{ cm}^3$  szüredéket tud nyerni. A 30 másodperces normalis érték helyett gastritises nyákképződésnél másfél, akár 5 perces időt is talál, mely tapasztalatai szerint a savviszonyoktól teljesen függetlenül, majdnem kizárólag a nyáktartalomtól függ.

Nagy lépéssel vitte előre a gyomor diagnostikáját a *gastroskopiának* 1932-ben bekövetkezett módosítása, *Schindler* hajlítható gastroszkopjának bevezetésével. Ezzel az addig kellemetlensége mellett egyenesen veszélyes eljárás bár a betegre még mindig elég kellemetlen, de gyakorlott vizsgáló kezében teljesen veszélytelenné vált. S ha ma még talán túlzottnak is tartjuk e vizsgálómódszer egyik legnagyobb úttörőjének, *Henning*nek azon megállapítását, hogy gyomortükrözés nélkül tökéletlen minden gyomorvizsgálat, ha a röntgen fekély és rák szempontjából negatív volt, tény az, hogy az eljárás mind nagyobb és nagyobb tért hódít. *Henning* pl. a gastritisnek nemcsak körjelzését, de kezelését sem tudja elképzelni a tükrrel való közvetlen ellenőrzés nélkül. Könnyen érthető, hogy a gyomor nyálkahártyájának közvetlen vizsgálata a tükröképben igen sokoldalú felvilágosítást nyújthat a nyálkahártya felületéről, redőiről, a bevonó nyák mennyiségéről, erosiókról stb. Mégis azt látjuk, hogy a gastroszkopos kép értékelésére, valamint az így nyert adatoknak az *ulcus-gastritis* problema még nyitvamaradt kérdéseinek tisztázására irányuló közlemények a legellentétesebb álláspontra vezetnek. Messze menne e vitáknak csak vázlatos ismertetése is, így megelégszem annak főlemlítésével, hogy még tökéletes tükrővizsgálatnál is súlyos tévedéseknek lehetünk kitéve, mint ahogy azt *Kalk* hangsúlyozza. Szerinte a gastroszkopia segítségével megállapított legtipusosabb antrum-gastritisek jó része téves körjelzés, a röntgenvizsgálat számára is nehezen hozzáférhető duodenalis fekélyhez társult kísérő hurut és nem önálló betegség. Mindenesetre ma még a szerzők aránylag nagy száma nem tartja az eljárást a mindennapi gyakorlat számára érettnak.

Nagyobb gyakorlati jelentőséggel bír a gyomorhurut körjelzésében a *röntgenvizsgálat* különösen azóta, hogy az *ulcus* diagnostikában oly nagy jelentőségre szert tett *nyálkahártya-relief*-vizsgálatot e célból is alkalmazzák. Egyes indirect jeleit a gyomorhurutnak azelőtt is ismertük, így az antrum-félsz fokozott tonusát, gyorsult peristaltikáját s ennek következtében fokozott ürülést. Közvetlen hurutos tüneteket mutat ki ezzel ellentétben a relief-vizsgálat, melyet kismennyiségű kontrasztanyaggal, pontosan adagolt compressióval végzünk s melynek fontos kiegészítője az átvilágításhoz közvetlenül kapcsolt irányzott pillanatfelvétel. A nyálkahártya normalisan finom, keskeny ráncai helyett így durva, vaskos, merev ráncokat mutathatunk ki, melyek sokszor szabály-

talan lefutást mutatnak. Telődési hiányokat ad a polyposus gastritis, a kórbonctan état mamelloné-ja szemölcsös szemcsézettséget mutat, a sorvadásos részletek redői igen finomak, elvékonyodottak. Még a gyomorbennék nyáktartalmára is következtethetünk a kontrasztanyagban fellépő sajátos, felhőszerű, finoman szemcsés zavarodás folytán, mely a finom pelyhekben kicsapódó nyák következménye.

Az elmondottak alapján kétségtelen, hogy a röntgenvizsgálat még több felvilágosítást nyújt s mindenesetre sokkal hozzáférhetőbb, mint a gastroszkopia. Még mindig nem jelent azonban így egy oly módot, mely a mindennapi gyakorlatban könnyen lehetővé tenné a gastritis biztos kórjelzését. Ennek pótlására *Henning* különböző próbákat ajánl, melyek hivatva lennének a gyakorlóorvos kezében segíteni elő e kórjelzést. Első a *reductió próba*. Sondával nyert éhgyomri bennék 5—10 cm<sup>3</sup>-éhez 1 csepp vizes methylenkék oldatot téve, paraffin-olajjal felülrétegezve kémcsőben 20—60 percig thermostatban tartjuk. A próba pozitív, azaz súlyos anacid-hurutra jellemző akkor, ha ezen idő alatt a festék színe eltűnik. E reductio a gyomorbennék bő fehérvérsejt- és bacteriumtartalmán alapszik. A második a *resorptió próba*, mely a lobos nyálkahártya fokozott átérzéstől függ. A baloldallára fektetett beteg gyomrába 10 cm<sup>3</sup> 7 %-os jodnatriumoldatot fecskendünk. Bőr alá adott pilocarpin-injekcióval bő nyálelválasztást indítva meg, az 5 perces szakaszokban fölfogott nyálban keményítőoldattal vizsgáljuk a jód megjelenését. Egészséges gyomornál ez nem következik be, a fundus hurutos folyamatainál 30 perc múlva bőven jelenik meg jód a nyálban. A harmadik próba a gyomron  *feszítési fájdalom kiváltásán* alapul. Vastag sondát vezetve le éhgyomorra, annak végét hármas csappal zárjuk el. Miközben a gyomrot gumilabda segítségével felfújjuk levegővel, vízmanométerrel mérjük a nyomást, melynél a beteg fájdalmat jelez. Gastritises egyénnél ez elég hevesen már 12—18 cm nyomásnál jelentkezik, egészségesnél még 25 cm-es nyomás sem okoz éles fájdalmat, legfeljebb kissé kellemetlen feszülést. A negyedik, legszövevényesebb próba a *gyűrű-tünet* kiváltása. Leszűrt gyomornedv egy cseppjét beszárítjuk, amidőn finom hálózathoz hasonló konyhasójegecek válnak ki. A csepp széli része keskeny szerkezet nélküli gyűrűvel van szegélyezve. Gastritises gyomor bennékénél e széli rész sokkal kifejezettebb, szélesebb, kiemelkedő, átlátszó és lakkszerűen fénylő. Mint vegyileg kimutatható, e vastag gyűrű fehérjenemű anyagokból áll és szélessége arányos ennek mennyiségével. A lobos gyomornyálkahártyának fokozott fehérjeátersztőképessége, melynek egy jelét a szabad és összes sav értékei közti nagyobb távolságban is láttuk, e próbával is jól kimutatható. Gyakorlati jelentőségre azonban *Henning* próbái mindezt ideig nem tették szert.

Az idült gyomorhurut *prognosisa* nehezen állítható föl. Ma még az orvosi köztudat is szinte lebecsüli e betegség jelentőségét, sokszor halljuk orvosok véleményeként is a kijelentést, hogy «csak gastritis»-nek felelnek meg a gyomor elváltozásai. Megfelelnek azonban arról, hogy az idült hurut még a kifejezett fekélyeknél is nehezebben gyógyuló, makacsabb folyamat a gyomorban. Ha megfelelő kezeléssel sikerül is ideig-óráig tartó tünetmentességet elérni, ez — mint már előzőleg ismételt hang-súlyoztuk — nem jelent anatómiai értelemben vett gyógyulást. Hozzájárul még a folyamatnak kiújulásra való igen nagy hajlama. A gastritises embernek, ha szabad ezt a kifejezést használnunk, a gyomra az Achilles-sarka, minden étrendi hiba, minden intercurrents betegség, különösen

fertőző bántalmak, az életmód változásai mind újabb és újabb föllángolásához vezetnek a folyamatnak. Ezekén át halad lassan, de biztosan a gastritis végső stadiuma felé, melyet éppen ezért találóan nevez *Lubarsch* gastritis atrophicans progressiva-nak. Hogy ez az előhaladás mennyi idő alatt történik, azt előre megmondani sohasem lehet. Az esetek elég nagy száma évek, évtizedeken át túltengéses, hyperacid formában áll fenn, máskor aránylag rövid idő alatt beáll a teljes anadenia. *Henning* egyenesen tagadja, hogy hypertrophiás gastritisnél anatomiai értelemben vett gyógyulás lehetséges volna. Az, hogy idővel a betegek jórésze panaszmentes lesz, részben az életkor előhaladásával csökkenő szervi érzékenység; részben hevenygyulladásos jelenségek hiánya, főleg pedig azért, mert jön létre, hogy a teljes anadenia általában sokkal kevésbé kellemetlen a betegnek, mint a túltengéses gyomorhurut fokozott nyák- és savelválasztása.

Ha visszatekintünk a gyomorhurut kóroktanában felsorolt sok tényezőre, érthető, hogy a betegség megelőzéséről, *prophylaxis*áról is beszélhetünk. Legnagyobb jelentősége az életmód szabályozásának, az ártalmas élvezeti cikkekkkel való visszaélés szigorú tilalmának, a fogazat rendbehozatalának, pótlásának, gondos szájápolásnak, valamint focalis fertőző gócek kiirtásának van.

Az idült gyomorhurut *therapiája* a megelőzésnél elmondottakkal kell kezdődjön. Csak ha ezeket szigorúan keresztülvittük, érdemes a hurut tulajdonképpeni kezelését bevezetni. Ez több tényezőtől fog állani: 1. étrendi, 2. gyógyszeres, 3. helyi, 4. ivókúrák, végül régebben még 5. sebészi kezelés is szóba jött. A gyógykezelés legfőbb vezérelve az kell legyen, hogy minden sablonos előírás kerülésével, szigorúan egyéni szempontok szerint kell minden esetet külön-külön megítélni.

Különösen áll ez az *étrendi kezelésre*. E helyen történik a mindennapi gyakorlatban a legtöbb hiba. A gyomorfekély étrendjében eléggé bevált közismert különböző étrendi schemák gyakran indítják arra az orvost, hogy hurutnál is ilyenekkel kísérletezzon. Szinte kórjelző értéket tulajdoníthatunk azonban annak, hogy míg fekélynél a folyékony, rendszeren tejdiéta bevezetése rövid idő alatt fájdalom- és panaszmentességet hoz létre, gastritisnél még fokozza a panaszokat. A hurutnál igen jól beváló pépes étrend pedig nincs jó hatással idült dyspepsiánál. A gyomorhurutos beteg étrendjét tehát így mindig individualisálva kell összeállítanunk, mindenkor tekintettel a savelválasztás viszonyaira. Gyakori, szabályos időközökben adott, egyszerre kismennyiségű étkezésekkel, konyhatechnikailag gondosan előkészített pépes étrenddel kíméljük a gyomrot, hyperaciditásnál kerülve minden savingert, anaciditásnál is kerülve minden erősebb fűszert, azonban megengedve enyhébb izgatószereket, így húslevest, kávé, esetleg gyenge alkoholos italokat. Az étrend gerincét könnyű szénhydráttartalmú ételek tegyék ki. Tekintettel kell lennünk az esetleges székszorulásra, vágy hasmenésre is. Igen célszerű az étrendet konyhasószegényen állítani össze.

A *gyógyszeres kezelés* az étrendi mellett egészen háttérbe szorul, legtöbb esetben a savviszonyok corrigálására szolgál. Hyperaciditásnál belladonna-készítmények, atropin és alkáliák adandók, fontos azonban, hogy utóbbiak nagyobb adagjait a betegek igen rosszul tűrik, különösen áll ez a natrium hydrocarbonicumra, melyet így gyomorhurutnál lehetőleg teljesen kerülünk, magnesia ustaval, magnozonnal helyettesítve. Anaciditásnál sósav-pepsin-adagolás, esetleg pancreas-készítmények

adandók. Az étvágytalanság leküzdésére szokásos amarumok hatása igen kérdéses. A gyulladásos jelenségek leküzdésére ajánlották collargol 2 %-os oldatát kávéskanalként  $\frac{1}{2}$  órával evés előtt, ezüst nitrátot pilulákban, esetleg ezüstnitráttartalmú készítményeket, mint kamil-largen stb.

A gyomorhurut *helyi kezelése* gyógyszeres gyomormosásokkal történik. Bár *Konjetzny* azon megállapítása nyomán, hogy a gastritis kiindulópontja a nyálkahártya mélyebb rétegében keresendő, vannak, kik teljesen elvetik elméleti alapon az öblítések alkalmazását, mégis általánosan elfogadott, hogy különösen bő nyákképződéssel járó hypertrophiás hurutnál sorozatos gyomormosásoknak igen jó hatása van. *Henning* egyenesen azt a követelményt állítja föl, hogy a helyi kezelést mindenkor szigorúan a gastroskopiás kép szerint kell megindítani, így bő nyákot képező felületen hurutnál alkaliás vízzel, esetleg híg hydrogenium hyperoxydatummal, hypertrophiás-erosiós folyamatnál edzőszerekkel, így  $\frac{1}{2}$ –2 %-os ezüstnitráttal, adsorgannal, tanninnal. Egyes esetekben karlsbadi só híg oldata fog jó eredményt adni. A gyomormosások hatását meleg borogatás, diathermia támogathatja.

Régebben az *ivókúrák* képezték az idült gyomorhurut legfőbb gyógymódját. Ma is szívesen alkalmazzuk, általában hyperacid gastritisnél keserűs-glaubersós vizeket adunk, anacidnál inkább sós vagy alkalikus-sós vizeket. Lefogyott, vérszegény betegeknél az ivógyógymód ellenjavalt. Igazi jó hatását főleg olyankor látjuk e kezelésmódnak, ha fürdőhelyen, szigorú étrendi előírások mellett végzi a beteg, midőn az ivócura mellett környezet- és életmódváltozás is kifejti a rendszerint egyúttal idegesen is kimerült egyénnél hatásukat.

A gyomorfekély és gyomorhurut közös kórtani alapjának fölvétele egyidőre előtérbe dobta a gastritis *sebészi kezelésének* lehetőségét is, a megbetegedett antrum részlet széles resectiójával. Ma ezt a lehetőséget a leghatározottabban vissza kell utasítanunk. Sőt azt kell mondanunk, hogy a gastritis kórtani lényegére vonatkozó újabb megállapítások még az ulcus sebészi kezelésének javallatait is megszűkítették. Amióta tudjuk, hogy a fekélyes gyomor egészében beteg, hogy a tünetek és panaszok jórésze nem is magára a fekélyre, hanem a kísérő hurutra vezetendők vissza, kétségtelen, hogy a fekélyes rész bármily széles kimetszése sem fogja meggyógyítani a súlyos átalakulásos hurutot. A gyomorfekély-műtétek utáni sok panasz, kiújulások, a betegségnek tartott gastroenterostomia utáni állapotok mind magyarázatot nyertek így és könnyen érthetővé válik a rég ismert tény, hogy az operált ulcusos beteg hosszú időn át étrendi és gyógyszeres kezelésre szorul. Természetes így, hogy a gyomorhurut modern pathológiájára vonatkozó ezen újabb szempontok sok oly esetet hoznak vissza a belgyógyászati kezelés számára, melyeket régebben hajlandóak voltunk megoperáltatni. Ebben láthatjuk a gastritis problémának legfontosabb és legjelentősebb gyakorlati következményét.